J TOLOO E BEHDASHT, School of Public Health, Yazd Shahid Sadoughi Univ Med Sci

ORIGINAL ARTICLE
Received:2022/05/31 *Accepted: 2022/10/10*

Investigating the Relationship Between General Health and Depression in the Elderly Living in Urban and Rural Areas of Zanjan City in 2019

Maryam Nazari (Ms.c.)[1], Fatemeh Sadat Izadkhah (Ph.D.)[2], Nammamali Azadi (Ph.D.)[3], Morteza Mansourian (Ph.D.)[4]

1.Ms.c. student of Community based health education, Department of health education and promotion, School of Public Health, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

2.Ph.D. student of health education and health promotion, Department of health education and promotion, School of Public Health, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

3.Associate Professor, Department of Biostatistics, School of Public Health, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

4.Corresponding Author: Associate Professor, Health promotion research center, Iran University of medical Sciences, Tehran, Iran

Abstract

Introduction: Many physiological problems and issues may threaten the general health of the elderly. On the other hand, the rate of mental disorders and depression are increases in the elderly. This study was conducted with the aim of investigating the relationship between general health and depression in the elderly.

methods: This was a descriptive-correlational and cross-sectional study conducted on 420 elderly people living in urban and rural areas of Zanjan city in 2019. The statistical sample was selected by random-cluster sampling method. The research tools were demographic information, Goldberg and Hiller general health and depression questionnaires regarding the elderly. Spssv25 software was used to analyze the results at a significance level of 0.05.

Results: The results showed a direct and significant relationship between marital status and depression in the elderly (P=0.017); impairment in social functioning had a negative and significant relationship, and components of general health (physical symptoms, symptoms of anxiety, insomnia, depression and suicidal tendencies) showed a positive and statistically significant relationship with depression in the elderly. ($P \geq 0.001$)

Conclusion: Improving the social relations of the elderly and creating job opportunities suitable for their age, such as teamwork and group work, are effective in preventing frustration and depression as well as maintaining their independence.

Keywords: General Health, Depression, Elderly

Conflict of interest: The authors declared no conflict of interest.

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-20]

[DOI: 10.18502/tbj.v21i5.11752]

This Paper Should be Cited as:
Author: Maryam Nazari, Fatemeh Sadat Izadkhah, Nammamali Azadi, Morteza Mansourian. Investigating the Relationship Between General health and Depression … ….Tolooebehdasht Journal. 2022;21(5):64-79.[Persian]

طلوع بهداشت

دو ماهنامه علمی پژوهشی
دانشکده بهداشت یزد
سال بیست و یکم
شماره پنجم
آذر و دی
شماره مسلسل:۹۵

تاریخ وصول: ۱۴۰۱/۰۳/۱۰
تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۰۷/۱۸

بررسی ارتباط بین سلامت عمومی و افسردگی در سالمندان ساکن مناطق شهری و روستایی شهرستان زنجان در سال ۱۳۹۹

نویسندگان:مریم نظری[۱]، فاطمه السادات ایزدخواه[۲]، نمامعلی آزادی[۳]، مرتضی منصوریان[۴]

۱.دانشجوی کارشناسی ارشد آموزش سلامت جامعه نگر،دانشکده بهداشت،دانشگاه علوم پزشکی ایران،تهران ،ایران

۲.دانشجوی دکتری تخصصی آموز ش بهداشت و ارتقای سلامت،دانشکده بهداشت،دانشگاه علوم پزشکی ایران ،تهران،ایران

۳.دانشیار آمار زیستی،دانشکده بهداشت،دانشگاه علوم پزشکی ایران،تهران ، ایران

۴.نویسنده مسئول:دانشیار آموزش بهداشت و ارتقای سلامت،مرکز تحقیقات ارتقای سلامت،دانشگاه علوم پزشکی ایران،تهران،ایران تلفن تماس :۰۹۱۲۶۵۸۵۱۲۹ Email: mansourian55@gmail.com

چکیده

مقدمه: مشکلات و مسائل متعدد فیزیولوژیک ممکن است سلامت عمومی سالمندان را تهدید کند. از سوی دیگر شیوع اختلالات روانی و افسردگی در سالمندی افزایش می یابد.این مطالعه با هدف بررسی ارتباط بین سلامت عمومی و افسردگی در سالمندان انجام شد.

روش بررسی: بررسی حاضر مطالعه ای مقطعی از نوع توصیفی - همبستگی بودکه بر روی ۴۲۰ نفر از سالمندان ساکن در مناطق شهری و روستایی شهرستان زنجان در سال ۱۳۹۹ صورت پذیرفت. انتخاب نمونه آماری با روش نمونه گیری تصادفی – خوشه ای انجام شد. ابزار تحقیق پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک، پرسشنامه سلامت عمومی گلدبرگ و هیلر و پرسشنامه افسردگی در سالمندان بود.از نرم افزار Spssv25 و درسطح معناداری ۰/۰۵ برای تجزیه و تحلیل نتایج استفاده گردید.

یافته ها: نتایج مطالعه حاضر رابطه مستقیم و معنی داری بین وضعیت تاهل و افسردگی در سالمندان نشان داد($P=۰/۰۱۷$)؛ مولفه اختلال در کارکرد اجتماعی ارتباط منفی و معنی دار و سایر مولفه های سلامت عمومی(علایم جسمانی ،علایم اضطراب و بی خوابی و علایم افسردگی و گرایش به خود کشی) رابطه مثبت ومعنادار آماری رابا افسردگی درسالمندان نشان داد ($P \leq ۰/۰۰۱$).

نتیجه گیری: به نظر می رسد، بهبود روابط اجتماعی سالمندان و ایجاد اشتغال مناسب با سن آن ها، مثل فعالیت های حرکتی در قالب کار تیمی و گروهی جهت جلوگیری از ناامیدی و افسردگی و همچنین حفظ استقلال آن هاتاثیر گذار باشد.

واژه های کلیدی : سلامت عمومی، افسردگی، سالمندان

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-20]

[DOI: 10.18502/tbj.v21i5.11752]

مقدمه

در اوایل قرن بیستم، هرم های جمعیت اکثر کشورهای دنیا به صورت مثلثی شکل بود(۱). امروزه این مثلث به شکل استوانه ای شده وحدود دوسوم افراد سالمند در کشورهای در حال توسعه زندگی می کنند که در ۲۰۲۵ به ۷۵ درصد خواهد رسید که در جامعه ایران نیز وضعیت مشابه است(۳،۲). در سال ۱۳۹۵ جمعیت بالای ۶۰ سال کشور برابر ۷.۴۱۴.۰۹۱ نفر بوده است. پیش‌بینی می شود طی دهه‌های ۲۰۴۰ و ۲۰۵۰، حدود ۲۵ درصد از کل جمعیت ایران در گروه‌های سنی بالای ۶۰ سال خواهند بود (۴). این افزایش جمعیت سالمندان در ایران نیز ضرورت توجه به مسأله سلامت، تأمین آسایش و رفاه سالمندان در جامعه و همچنین رفع احتیاجات و مشکلات این قشر از جامعه را روزافزون نموده است(۵). لذا با در نظر گرفتن روند شتابان رشد جمعیت سالمندی و اینکه سالمندان به دلیل کهولت و کاهش توانائی دچار کاهش توانایی های جسمی و روانی می شوند و انواع بیماری و مشکلات روانی آنها را تهدید می کند، توجه به سلامت سالمندان از اهمیت خاصی برخوردار است(۴). سازمان جهانی بهداشت، سلامت عمومی را چنین تعریف می کند؛ سلامت عمومی تنها فقدان اختلال روانی نیست، بلکه سلامت عمومی را سطحی از سلامتی می توان تعریف کرد که در آن افراد توانایی برقراری ارتباط مناسب با محیط فردی و اجتماعی، برخورد منطقی با تضادها و استرس های زندگی و حل آنها به شیوه ای سودمند و مناسب را داشته باشند. سلامت عمومی در دوره سالمندی نسبت به سایر دوره های زندگی، با مخاطرات بیشتری رو به رو هستند. مشکلات و مسائل متعدد فیزیولوژیک که در سنین بالا رخ می دهند و نیز فقدان های دوره سالمندی که سبب کاهش سازگاری شناختی و کاهش خوداتکایی می شوند، ممکن است سلامت عمومی سالمندان را تهدید کنند(۶). از طرفی سالمندی عموماً با از دست دادن شغل (بازنشستگی) همراه است که به دنبال آن، ارتباطات اجتماعی سالمند با همکاران کمتر می شود. نتیجه عوامل فوق کاهش روابط اجتماعی است که ممکن است بر سلامت عمومی سالمندان تأثیر بگذارد(۷).سلامت روان شاخص مهمی در وضعیت سلامت افراد سالمند است و اهمیت خاصی در دستیابی به سالمندی موفق و برخورداری از کیفیت زندگی در سالمندان جوامع مختلف دارد(۸). افسردگی از عمده‌ترین مسائل دوره سالمندی است که در نتیجه عوامل مختلف مربوط به آخرین مرحله زندگی از قبیل بیماری‌های مزمن، از دست دادن دوستان و عزیزان و ناتوانی در انجام فعالیت‌های مورد علاقه فرد، بسیاری از سالمندان را درگیر می‌کند. افراد سالمند در نتیجه‌ی ضعف بینایی، شنوایی و دیگر تغییرات جسمانی، همچنین فشارهای بیرونی؛ نظیر محدودیت منابع مالی، احساس می‌کنند کنترل خویش را بر زندگی از دست داده اند. این قبیل مسائل و مشکلات، منجر به ایجاد هیجانات منفی مثل غم، اضطراب، عزت نفس پایین، انزوای اجتماعی و یأس و دل‌مردگی در فرد سالمند می‌شود و افسردگی، بزرگترین مشکل روانی و پیامد جدی و خطرناک این گونه عواطف است(۹). بطور کلی می توان گفت که تظاهرات بالینی افسردگی در سالمندان به صورت اختلالات خلقی، تظاهرات روانی و جسمانی خود را نشان می دهد. علائم خلقی می تواند بصورت رفتار افسرده، تحریک پذیری یا اضطراب و حملات گریه باشد. علائم روانی بصورت پائین بودن یا عدم

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-20]

[DOI: 10.18502/tbj.v21i5.11752]

وجود اعتماد به نفس، تمرکز و حافظه ضعیف، کاهش رضایت از زندگی، انزوای اجتماعی، منفی نگری، نا امیدی، افزایش وابستگی، احساس گناه و بی ارزش بودن، بیماری، ناخوش بودن، فکر کردن به مرگ و افکار خودکشی می باشد. تظاهرات جسمانی بصورت سستی روانی حرکتی، خستگی، بی قراری، بی اشتهایی کاهش وزن و بی خوابی و عدم رعایت بهداشت فردی است. اکثر سالمندان مبتلا به افسردگی غالبا با شکایات جسمی به مراکز مراقبتی اولیه مراجعه می کنند. افسردگی در سالمندان می تواند منجر به عوارض سلامتی دیگری مانند سوتغذیه، کاهش فعالیت فیزیکی،کاهش عملکرد، کاهش کیفیت زندگی، افزایش مصرف دارو و هزینه های بهداشتی ناخوشی، افزایش مدت بستری، افزایش خطر خود کشی و نهایتا مرگ گردد (۱۰،۸). افسردگی در سنین سالمندی معمولاً نادیده گرفته شده و یا طبیعی و گریز ناپذیر در نظر گرفته می شود و به همین دلیل چندان مورد توجه قرار نگرفته و تشخیص داده نمی شود و درمان نمی گردد. لذا تشخیص و درمان این اختلال در سالمندان از اهمیت ویژه ای برخوردار است؛ با وجود این، در پژوهش هایی که پیرامون این موضوعات انجام گرفته است کمتر به بررسی سلامت عمومی و افسردگی در سالمندان پرداخته شده است از این رو مطالعه حاضر با هدف بررسی ارتباط بین سلامت عمومی و افسردگی در سالمندان ساکن در مناطق شهری و روستایی شهرستان زنجان در سال ۱۳۹۹ انجام گرفت.

روش بررسی

پژوهش حاضر مقطعی از نوع توصیفی - همبستگی است. جامعه ی مورد پژوهش این مطالعه، شامل تمام سالمندان (زن و مرد) ساکن در مناطق شهری و روستایی شهرستان زنجان در سال ۱۳۹۹ بود. با توجه به جدول مورگان تعداد نمونه آماری برابر۴۲۰ نفر بود. روش نمونه گیری به صورت تصادفی – خوشه ای انجام شد به طوری که ابتدا به صورت خوشه ای از مراکز جامع سلامت شهری (۱۸ مرکز) ۴ مرکز و از مراکز جامع سلامت روستایی (۱۷ مرکز) ۳ مرکز به صورت تصادفی ساده و براساس مناطق شهری، تعداد جمعیت سالمند تحت پوشش و با نظر مرکز بهداشت شهرستان زنجان انتخاب شد و به هر مرکز انتخاب شده براساس تعداد سالمند تحت پوشش، سهمیه ای از نظر تعداد نمونه پژوهش اختصاص داده شد. آزمودنی هایی که شرایط ورود به مطالعه و همچنین تمایل به مشارکت در تحقیق را داشتند، جهت نمونه آماری انتخاب شدند. معیارهای ورود به مطالعه شامل رضایت آگاهانه، سن بالاتر از ۶۰ سال، دارای قدرت تکلم، عدم ابتلا به بیماری های حاد و شدید جسمی و روانی و سکونت دائم در محل زندگی(حالت رفت و آمد فصلی به شهر و روستا را نداشته باشد)بود.

ابزار جمع آوری داده ها در پژوهش حاضر پرسشنامه بود که شامل فرم اطلاعات دموگرافیک، پرسشنامه سلامت عمومی گلدبرگ و هیلر (۱۹۷۹) و پرسشنامه افسردگی در سالمندان (۱۹۸۶) بود.پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک، شامل اطلاعاتی از قبیل جنس، سن، تحصیلات، محل سکونت، وضعیت اشتغال، تعداد فرزندان و تاهل است.پرسشنامه سلامت عمومی گلدبرگ و هیلر شامل ۴ مقیاس فرعی است و هر مقیاس ۷ سؤال دارد. ۱ - مقیاس علائم جسمانی که شامل سوالات ۱ تا ۷ می باشد ۲- مقیاس علائم اضطراب و اختلال خواب شامل سوالات ۸ تا ۱۴ می باشد. ۳ - مقیاس اختلال در کارکرد اجتماعی شامل سوالات

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-20]

[DOI: 10.18502/tbj.v21i5.11752]

۱۵ تا ۲۱ بوده و ۴ - مقیاس علائم افسردگی شامل سوالات ۲۲ تا ۲۸ می باشد (۱۱) این پرسشنامه بر اساس مقیاس لیکرت از ۰ تا ۳ نمره دهی می شود. حداقل و حداکثر نمرات این پرسشنامه به ترتیب صفر و ۸۴ بود و برای جمع بندی نمرات به "اصلا" نمره صفر، "در حد معمول" نمره یک،"بیش از حد معمول" نمره دو و "خیلی بیشتر از حد معمول" نمره سه تعلق گرفت(۲۴). بر اساس این روش از تحلیل، هرچه نمرهٔ به دست آمده بیشتر باشد، نشانگر کم بودن سلامت عمومی است. امتیاز صفر تا ۲۲ به مفهوم سلامت عمومی کامل و یا عالی، امتیاز ۲۳ تا ۴۰ به مفهوم سلامت عمومی خوب، امتیاز ۴۱ تا ۶۰ به مفهوم سلامت عمومی متوسط، امتیاز بالاتر از ۶۱ به مفهوم سلامت عمومی ضعیف می باشد (۱۲).پرسشنامه افسردگی سالمندان، نسخه ۱۱ سوالی آن در این پژوهش مورد استفاده قرار گرفت که با توجه به پژوهش ملکوتی و همکاران (۲۰۰۶) بدست آمده است(۱۳). این پرسشنامه دارای ۱۱ سوال می باشد که عامل افسردگی در سالمندان را اندازه گیری می کند. طیف پاسخگویی آن از نوع دو گزینه ای بلی یا خیر است که که به ترتیب ۱ و صفر امتیاز دارد. شایان ذکر است امتیاز سوالات شماره ۱، ۴، ۶ و ۸ با نمره گذاری معکوس محاسبه شد. برای تحلیل پرسشنامه، نمره‌های هر یک از سوالات جمع شد بطوری که حداقل امتیاز ممکن صفر و حداکثر ۱۱ بود. نمره بین صفر تا ۵، عدم ابتلا به افسردگی و نمره بین ۶ تا ۱۱،احتمال ابتلا به افسردگی را نشان می داد.روایی و پایایی ابزار در پژوهش حاضر به این شکل انجام شدکه، روایی صوری محتوی از ابزار های استاندارد در این پژوهش با جمع آوری نظرات متخصصین این حوزه بصورت کیفی تعیین گردید. جهت تعیین پایایی ابزار، پرسشنامه ها در یک نمونه ۳۰ نفره آزموده شد. از نظر میزان اعتبار پرسشنامه، در روش آلفای کرونباخ داشتن ضریب آلفا کمتراز ۶۰٪ عموما ضعیف تلقی می شود و اعتبار با حداقل ۷۰٪ قابل قبول و بالاتراز ۸۰٪ خوب (۱۴). در نتیجه با توجه به نتایج بدست آمده در تحقیق حاضر متغیرهای پرسشنامه طراحی شده از روایی و پایایی(ضریب آلفای کرونباخ) ۰/۸۸ برخوردار است.پس از جمع آوری اطلاعات مورد مطالعه، داده ها وارد نرم افزار SPSS 25 و EXCELL شد. جهت آزمون فرضیات تحقیق و تجزیه وتحلیل نتایج از آمار توصیفی (فراوانی، درصد فراوانی، میانگین و انحراف معیار) و آمار استنباطی (آزمون T و تحلیل واریانس چندمتغیره و رگرسیون) استفاده شد. آزمون های کولموگروف-اسمیرنوف و بررسی چولگی و کشیدگی داده ها نیز به ترتیب برای بررسی پایایی و نرمالیتی داده ها استفاده گردید. مقدار معناداری در کلیه آزمون ها برابر $P\leq ۰/۰۵$ بود. ملاحظات اخلاقی این مطالعه شامل :کسب مجوز پژوهش از کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه علوم پزشکی ایران ، اخذ معرفی نامه انجام پژوهش از معاونت پژوهشی دانشگاه، کسب اجازه از مرکز بهداشت شهرستان زنجان، ارائه توضیحات لازم در مورد هدف پژوهش و روش کار برای مسئولین ذیربط و شرکت کنندگان، اطمینان دادن به آزمودنی ها در مورد اختیاری بودن خروج از مطالعه، اخذ رضایت نامه کتبی آگاهانه از آزمودنی ها، بدون نام بودن پرسشنامه ها و چک لیست ها، اطمینان دادن به آزمودنی ها در مورد محرمانه ماندن اطلاعات، ارائه صادقانه نتایج تحقیق اعم از مثبت یا منفی، عدم مغایرت اهداف پژوهش با موازین دینی و فرهنگی آزمودنی و جامعه بود. مقاله حاضر برگرفته از پژوهش مصوب در شورای

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-20]

[DOI: 10.18502/tbj.v21i5.11752]

تخصصی پژوهش دانشکده بهداشت وکمیته اخلاق پزشکی دانشگاه علوم پزشکی ایران .مورخ۱۳۹۹/۱۰/۰۲ به کد اخلاق شماره IR.IUMS.REC.1399.1023 بود.

یافته ها

در این مطالعه ۴۲۰نفر از سالمندان ساکن در مناطق شهری و روستایی استان زنجان مورد بررسی قرار گرفتند. میانگین سنی افراد حاضر در مطالعه ۷۰ سال با انحراف معیار ۸/۵۱ بود. نمره متغیر سلامت عمومی ۲۵ درصد سالمندان (چارک اول) در فاصله ۸ تا ۱۱ قرارداشت و ۱۶ درصد آنان در فاصله ۸ تا ۲۲ قرار دارد. ۹۵ درصد افراد مورد مطالعه نمره سلامت عمومی کمتر از ۲۸ داشتند. همچنین دو نفر از افراد مورد مطالعه نمره سلامت عمومی بالاتر از ۶۵ داشتند. نمره متغیر افسردگی ۲۵ درصد سالمندان صفر، ۵۰ درصد آنان در فاصله (۰تا ۱)،۷۵ درصد آنان در فاصله (۰ تا ۲) قرار داشت. ۹۵ درصد افراد مورد مطالعه نمره افسردگی کمتر از ۵ داشتند. همچنین هفت نفر از افراد مورد مطالعه نمره افسردگی بالاتر از ۹ داشتند. توزیع متغیر های دموگرافیک جنسیت،تحصیلات،تاهل،اشتغال و محل سکونت در جدول ۱ مشاهده می شود.

جدول ۱ : توزیع ویژگی های دموگرافیک

متغیر	رده	فراوانی (مطلق)	فراوانی نسبی	درصد فراوانی
جنسیت	زن	۲۳۲	۰/۵۸	۵۵/۲
	مرد	۱۸۸	۰/۴۴	۴۴/۸
تحصیلات	بی سواد	۲۳۵	۰/۵۵	۵۶
	ابتدایی	۹۴	۰/۲۲	۲۲/۴
	راهنمایی	۳۲	۰/۰۷	۷/۶
	دیپلم	۳۹	۰/۰۹	۹/۳
	فوق دیپلم	۱۲	۰/۰۲	۲/۹
	لیسانس	۷	۰/۰۱	۱/۷
	فوق لیسانس و بالاتر	۱	۰/۰۰۲	۰/۲
وضعیت تاهل	متاهل	۳۲۳	۰/۷۸	۷۸
	بیوه	۸۵	۰/۲۰	۲۰/۵
	مطلقه	۶	۰/۰۱	۱/۴
وضعیت اشتغال	بیکار	۱۳۱	۰/۳۱	۳۱/۲
	شاغل	۷۸	۰/۱۸	۱۸/۶
	بازنشسته	۱۰۵	۰/۲۵	۲۵
	بدون شغل و دارای درآمد	۱۰۶	۰/۲۵	۲۵/۲
محل سکونت	شهر	۲۹۰	۰/۶۹	۶۹
	روستا	۱۳۰	۰/۳۰	۳۱

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-20]

[DOI: 10.18502/tbj.v21i5.11752]

بر اساس ضریب همبستگی پیرسون بین وضعیت تاهل و افسردگی در سالمندان ارتباط مستقیم و معنی دار وجود داشت. (p=۰/۰۱۷ ,r= ۰/۱۲۶) در سایر متغیرهای دموگرافیک ارتباط معناداری مشاهده نشد(جدول ۲).

ضریب همبستگی اسپیرمن بین دو متغیر سلامت عمومی در بعد علائم جسمانی و افسردگی(r= ۰/۳۴۳ و$p<$۰/۰۰۱) در سالمندان و همچنین دو متغیر سلامت عمومی در بعد علائم افسردگی و گرایش به خودکشی (r= ۰/۳۱۲ و$p<$۰/۰۰۱) و سلامت عمومی در بعد علائم اضطراب و بی خوابی و افسردگی در سالمندان (r= ۰/۳۳۹ و$p<$۰/۰۰۱) رابطه مستقیم ومعنی داری وجود داشت. از طرفی بین دو متغیر سلامت عمومی در بعد اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی در سالمندان،رابطه معکوس و معنی داری وجودداشت به این معنی که با افزایش کارکردهای و ظایف سالمندان در جامعه از افسردگی آنان کاسته می شد(جدول ۳).

مقادیر ضرایب رگرسیونی مربوط به متغیرهای دموگرافیک و آزمون های بررسی معنی داری آن ها نشان می دهد که در شرایط مطالعه حاضر از نظر آماری در هیچکدام از متغیرهای دموگرافیک رابطه معنی داری با متغیر افسردگی مشاهده نمی شود(جدول ۴).

جدول ۲:همبستگی بین متغیرهای دموگرافیک و افسردگی در سالمندان

متغیر	r	P
سن	-۰/۰۱۸	۰/۷۴۰
جنسیت	۰/۰۹۱	۰/۰۸۱
محل سکونت	-۰/۰۹۹	۰/۰۵۹
تحصیلات	-۰/۰۲۶	۰/۶۲۴
وضعیت تاهل	۰/۱۲۶	۰/۰۱۷
وضعیت اشتغال	-۰/۰۰۴	۰/۰۹۴۱
تعداد فرزندان	-۰/۰۱۶	۰/۷۷۲

جدول۳: همبستگی میان مولفه های سلامت عمومی(علایم جسمانی،اضطراب و بی خواب،اختلال در عملکرد اجتماعی و گرایش به خودکشی)و افسردگی در سالمندان

متغیر	r	p
(علائم جسمانی) سلامت عمومی -افسردگی در سالمندان	۰/۳۴۳	<۰/۰۰۱
(علائم اضطراب و بی خوابی) سلامت عمومی - افسردگی در سالمندان	۰/۳۳۹	<۰/۰۰۱
(اختلال در کارکرد اجتماعی) سلامت عمومی - افسردگی در سالمندان	-۰/۳۶۲	<۰/۰۰۱
(علائم افسردگی و گرایش به خودکشی) سلامت عمومی -افسردگی در سالمندان	۰/۳۱۲	<۰/۰۰۱

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-20]

[DOI: 10.18502/tbj.v21i5.11752]

مقادیر ضرایب رگرسیونی مربوط به متغیرهای وارد شده در مدل در هر مرحله و آزمون های بررسی معنی داری آن ها نشان می دهد که به ازای یک واحد (نمره) افزایش در متغیر علایم جسمانی، به اندازه ۰/۰۳۳ واحد افزایش در متغیر افسردگی، به ازای یک واحد کاهش در متغیر اختلال کارکرد اجتماعی، به اندازه ۰/۰۲۲ واحد افزایش در متغیر افسردگی و همچنین به ازای یک واحد افزایش در متغیر علایم افسردگی و گرایش به خودکشی ۰/۰۳ واحد متغیر افسردگی افزایش می یابد و در هر مورد با ثابت نگه داشتن سایر متغیرهای مستقل می باشد.با توجه به احتمال معنی داری آزمون برای ضرایب رگرسیونی، ضریب رگرسیونی متغیرهای علایم جسمانی، اختلال کارکرد اجتماعی و علایم افسردگی و گرایش به خودکشی در مدل معنی دار بودند (P<۰/۰۵)و با توجه به اینکه ضریب استاندارد Beta برای متغیر علایم جسمانی (۰/۲۶۶) بزرگتر از ضریب استاندارد Beta سایر متغیرها بود، این متغیر تاثیر نسبی بیشتری بر روی متغیر افسردگی داشت(جدول ۵).

جدول۴: نتایج رگرسیون چندگانه متغیرهای دموگرافیک و افسردگی

	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
	B	Std. Error	Beta		
محل سکونت	-۰/۰۲۶	۰/۰۵۹	-.۰۳۷	-۰/۴۴۴	۰/۶۵۸
سن	-۰/۰۰۲	۰/۰۰۶	-۰/۰۴۸	-۰/۵۹۱	۰/۵۵۵
تعداد فرزندان	-۰/۰۰۸	۰/۰۱۴	-۰/۰۴۹	۰/۵۷۰	۰/۵۷۰
جنسیت	۰/۰۳۹	۰/۰۵۹	۰/۰۵۷	۰/۶۶۵	۰/۵۰۷
وضعیت تحصیلات	۰/۰۲۶	۰/۰۲۷	۰/۰۸۵	۰/۹۶۶	۰/۳۳۶
وضعیت تاهل	۰/۰۹۲	۰/۰۶۱	۰/۱۳۰	۱/۵۲۰	۰/۱۳۰
وضعیت اشتغال	-۰/۰۰۶	۰/۰۲۲	-۰/۰۱۹	-۰/۲۴۹	۰/۸۰۴

جدول۵: نتایج رگرسیون چندگانه مولفه های سلامت عمومی و افسردگی

	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
	B	Std. Error	Beta		
علایم جسمانی	۰/۰۳۳	۰/۰۱۱	۰/۲۶۶	۲/۹۹۴	۰/۰۰۳
اضطراب و اختلال خواب	۰/۰۱۱	۰/۰۰۹	۰/۱۱۵	۱/۲۵۸	۰/۲۱۰
اختلال کارکرد اجتماعی	-۰/۰۲۲	۰/۰۰۶	-۰/۲۲۰	-۳/۵۴۶	۰/۰۰۰
علایم افسردگی و گرایش به خودکشی	۰/۰۳۰	۰/۰۱۰	۰/۰۲۲۴	۲/۹۸۰	۰/۰۰۳

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-20]

[DOI: 10.18502/tbj.v21i5.11752]

بحث و نتیجه گیری

هدف مطالعه حاضر، بررسی رابطه مولفه های سلامت عمومی (علائم جسمانی، علائم اضطراب و بی خوابی، اختلال در کارکرد اجتماعی، علائم افسردگی) و افسردگی در سالمندان بود. برای رسیدن به هدف مورد نظر و داشتن اطلاعات بیشتر ابتدا روابط بین متغیرهای دموگرافیک و افسردگی در سالمندان بررسی شد.نتایج بدست آمده نشان داد بین بعد علائم جسمانی و افسردگی در سالمندان رابطه مستقیم، در حد متوسط و معنی داری وجود داشت. همچنین مشخص شد این متغیر تاثیر نسبی بیشتری بر روی متغیر افسردگی داشت به گونه ای که به ازای یک واحد (نمره) افزایش در متغیر علایم جسمانی، به اندازه ۰/۰۳۳ واحد افزایش در متغیر افسردگی اتفاق افتاد. نتایج مطالعه حسینی مقدم نیز این یافته را تایید می‌کند (۱۵).

پژوهش سعیدی مهر نیز نشان داد بین بعد جسمانی کیفیت زندگی و افسردگی رابطه معنا دار وجود داشت (۱۶). کینگ و همکاران (۱۷) نیز در پژوهش خود نشان دادند که بهبود سلامت جسمانی باعث جلوگیری از اختلالات روانی از جمله روانپریشی و علایم افسردگی در سالمندان می شود. نتایج مطالعه سجادی و همکاران (۱۸) و مطالعات اللهیاری و همکاران (۱۹)، قادری و همکاران (۲۰) موسوی و همکاران (۲۱)، یاکا و همکاران (۲۲) و ایگور و همکاران (۲۳) نیز هم راستا با مطالعه حاضر هستند.به نظر می رسد در سنین سالمندی بروز ناتوانی های جسمانی بارزتر بوده و به صورت کاهش فعالیت جسمی و محدودیت های جسمانی ظاهر می شود. احتمالا با توجه به اینکه با افزایش سن توانائی عملکردی سالمندان کاهش پیدا می کند و همچنین شانس ابتلا به بیماریهای مزمن و محدود کننده بیشتر می شود، لذا رابطه مستقیم علایم جسمانی با افسردگی محتمل می باشد؛ همچنین باید توجه داشت که اطلاع رسانی گسترده رسانه ای در خصوص خطر بیماری کووید ۱۹ در سالمندانی که بیماری مزمن و زمینه‌ای دارند و امکان مرگ بیشتر در این افراد، می‌تواند باعث بیشتر شدن افسردگی در بین سالمندان و تشدید این رابطه گردد.

در مطالعه ی حاضرنتایج بدست آمده نشان داد بین بعد علائم اضطراب و بی خوابی و افسردگی در سالمندان رابطه مستقیم و معنی داری وجود داشت. طبق یافته ها یک واحد (نمره) افزایش در متغیر علائم اضطراب و بی خوابی، به اندازه ۰/۰۱۱ واحد افزایش در متغیر افسردگی را به همراه دارد.حسینی مقدم در پژوهش خود نشان داد شیوع افسردگی در سالمندان با کیفیت خواب ضعیف، بیشتر بود(۱۵). نتایج مطالعات باقری و همکاران(۲۴)، به‌پژوه و همکاران(۲۵)، پارسایی راد و همکاران (۲۶) و موسوی و همکارن (۲۱) نیز هم‌راستا با مطالعه حاضر است. بی خوابی بیشترین شیوع را در بین بیماران افسرده دارد و یکی از ۹ معیار تشخیصی افسردگی به شمار می آید(۲۵). اسپریتو در مطالعه خود بیان می کند که خواب کافی با افزایش سن کاهش می یابد(۲۷).

بر اساس مطالعات انجام‌شده به نظر می رسد بین افسردگی و کیفیت خواب ضعیف، رابطه متقابلی وجود دارد، به طوری که افسردگی باعث کاهش کیفیت خواب شده و در مقابل خواب با کیفیت پایین نیز باعث شدت افسردگی در افراد می‌شود(۲۴). بی‌خوابی و کمبود خواب منجر به افزایش الگوهای نامنظم خواب، خواب‌آلودگی روزانه، خستگی، بی‌توجهی و اختلالات روان در افراد می‌شود(۲۸).

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-20]

[DOI: 10.18502/tbj.v21i5.11752]

مطابق با یافته های پژوهش بین بعد اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی در سالمندان رابطه معکوس، در حد متوسط و معنی داری وجود داشت به گونه ای که به ازای یک واحد کاهش در متغیر اختلال کارکرد اجتماعی، به اندازه۰/۰۲۲ واحد افزایش در متغیر افسردگی رخ داد.این یافته با نتایج پژوهش علی پور و همکاران (۲۹)، بختیاری و همکاران (۳۰)، موسوی و همکاران (۲۱) و سعیدی مهر (۱۶) هم راستا است.

و مک‌کی و همکاران (۳۱) در مطالعه خود پیرامون ارتباط بین حمایت اجتماعی و افسردگی بدین نتیجه دست یافتند که حمایت اجتماعی با افسردگی همبستگی معکوس مثبت دارد نتایج مطالعه حاضر با نتایج مطالعه اشاره شده هم خوان است.حمایت اجتماعی کارکردی همان جنبه کیفی ارتباطات اجتماعی است که شامل کارکردهایی چون فراهم آوردن اطلاعات، محترم شمردن فرد، صمیمیت در ارتباطات، میزان دسترسی به حمایت و زمان دریافت حمایت است (۳۲، ۲۹) داشتن ارتباطات اجتماعی و به دنبال آن برخوردار شدن از حمایت اجتماعی عامل مهمی برای فراهم شدن تجربه های مثبت و پاداش دهنده برای افراد به شمار می رود، که متعاقب آن افزایش احساس خودارزشمندی و کاهش احتمال ابتلا به اضطراب و افسردگی را در پی خواهد داشت. در همین راستا، برخی بررسی ها هم نشان داده اند که قطع ارتباطات اجتماعی، افراد مسن را در معرض خطر گسترده افسردگی و اضطراب قرار می دهد (۳۳).در تبیین این یافته ها می توان مواردی را مطرح نمود از جمله اینکه حمایت اجتماعی یکی از عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت روانی است، همچنین انسان موجودی اجتماعی است و در طول حیات خویش نیازمند همنوعان خود و برقراری ارتباط با آنهاست. اگر فرد باور کند مورد احترام و علاقه دیگران است، عنصری ارزشمند و دارای شأن بوده و به یک شبکه روابط و تعهدات متقابل تعلق دارد، این باورها در نهایت منجر به احساس خوشایند در فرد شده و نهایتاً به کاهش افسردگی می انجامد. در صورتی که اگر فرد از منبع حمایتی برخوردار نباشد و این باور در او ایجاد شود که تنهاست و کسی برای او ارزشی قائل نیست و برای برقراری ارتباط با دیگران مردد باشد در نتیجه انتظار می رود که فرد دچار افسردگی شود.نتایج بدست آمده نشان داد بین بعد علائم افسردگی و گرایش به خود کشی با افسردگی در سالمندان رابطه مستقیم، در حد متوسط و معنی داری وجود دارد، همچنین به ازای یک واحد افزایش در متغیر علایم افسردگی و گرایش به خودکشی ۰/۰۳ واحد متغیر افسردگی افزایش می یابد.

پژوهش موسوی و همکاران نزدیکترین مطالعه از نظر قرابت موضوعی به پژوهش حاضر می باشد که نشان داد بین مولفه علائم افسردگی و گرایش به خود کشی و افسردگی ارتباط معنادار وجود دارد. خدابنده و همکاران(۳۴) نیز در پژوهش خود وجود ارتباط بین افسردگی و افکار خودکشی با اقدام به خودکشی را تایید کردند. نتایج کو، کوا و چو (۳۵) کنول و برنت (۳۶) ایلیف و مانتروپ (۳۷) و یوهیو (۳۸) نیز این یافته را مورد تأیید قرار می دهند.

گزارش ها حاکی از آن است که سالمندان در مقایسه با دیگر گروههای سنی بیشتر در معرض خطر اقدام به خودکشی قرار دارند (۳۹) و بیشترین میزان خودکشی موفق نیز در این گروه سنی گزارش شده است(۴۰).

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-20]

[DOI: 10.18502/tbj.v21i5.11752]

عوامل خطر مختلفی در بروز خودکشی نقش دارند که از جمله آن ها می توان به پیشینه خانوادگی، عوامل زیست عصبی (سطح پایین سروتونین) و زندگی پر استرس اشاره نمود(۴۱). نتایج تحقیقات گویای این مطلب است که افسردگی، از جمله عوامل خطرآفرین مهم در خودکشی افراد سالمند می باشد (۳۴). با توجه به یافته های پژوهش مشخص گردید که بین وضعیت تاهل و افسردگی در سالمندان رابطه مستقیم، ضعیف و معنی داری وجود دارد؛ برای سایر متغیرهای دموگرافیک (سن، جنسیت، محل سکونت، تحصیلات، وضعیت اشتغال) رابطه معناداری مشاهده نشد.در پژوهش بختیاری (۳۰) نیز نتایج حاکی از وجود ارتباط آماری معنی دار بین وضعیت تأهل و افسردگی است. نتایج مطالعات منظوری و همکاران (۴۲) و اللهیاری و همکاران (۱۹) نیز همراستا با یافته حاضر بود.

این درحالی است که قادری و همکاران (۲۰) در بررسی خود رابطه معنی دار آماری در این خصوص در سالمندان ُکرد پیدا نکردند، همچنین علیزاده و همکاران (۴۳) در مطالعه خود دریافت متأهلان به طور معنی داری افسردگی و اضطراب بیشتری را در مقایسه با افرادی که تنها زندگی کرده اند، تجربه می کنند. نتایج مطالعه او بیانگر این است که متأهلان در مقایسه با مجردها در موقعیت دشوارتری به سر می برند.

مطالعه حسینی مقدم و همکاران (۱۵) نیز که در دوران قرنطینه بیماری کووید ۱۹ انجام گرفته است حاکی از آن بود که شیوع افسردگی سالمندان در افراد متأهلی که با همسر زندگی می کنند بیشتر از سایر افراد بوده است؛ آن ها یکی از دلایل شیوع بالاتر افسردگی در سالمندان متأهل را شرایط اقتصادی کنونی می دانند؛ چرا که یکی از دغدغه های اصلی افراد متأهل تأمین مایحتاج خانواده تحت تکفل آنهاست که خود باعث بیشتر شدن مسئولیت افراد متأهل نسبت به افراد مجرد است و بنابراین احتمال افزایش افسردگی در افراد متأهل می شود. شاید بتوان این مغایرت را در متفاوت بودن وضعیت اشتغال نمونه های آماری دو پژوهش جست، چرا که ۵۴/۲ درصد از آزمودنی های مطالعه حسینی مقدم و همکاران خانه دار بوده اند این در حالی است که ۶۸/۸ درصد سالمندان در پژوهش حاضر دارای درآمد بوده اند.مطابق با نتایج بدست آمده مشخص شد بین وضعیت تاهل و افسردگی در سالمندان رابطه مستقیم و معناداری وجود داشت؛ از بین مولفه های سلامت عمومی مولفه اختلال در کارکرد اجتماعی بیشترین ارتباط را نشان داد، بین سایر مولفه ها با افسردگی سالمندان نیز رابطه معنادار آماری مشاهده گردید.

وجود ارتباط تأثیرگذار میان سلامت عمومی و افسردگی، توجه به مقوله ارتقای سلامت سالمندان را به عنوان راهکار مقابله با بروز و تشدید افسردگی تبدیل کرده است در این ارتباط با ایجاد و تحکیم مناسبات و روابط اجتماعی آرامش‌بخش برای سالمندان و اشتغال آنان در فعالیتهای سازنده، می توان ضعف های آنان را بهبود بخشید. علاوه براین، با درمان بیماری های جسمانی و شریک کردن آنها در فعالیتهای حرکتی در قالب کار تیمی و گروهی در جهت حفظ استقلال آنها نیز امکان جلوگیری از بروز ناامیدی و افسردگی در سالمندان فراهم می شود.

نیازهای رو به رشدجمعیت سالخورده مستلزم سیاستگذاری های بیشتر، خصوصاً در زمینه مراقبت و درمان و ترویج شیوه

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-20]

[DOI: 10.18502/tbj.v21i5.11752]

زندگی سالم و محیط حمایتی می باشد. ازآنجاکه این پژوهش در یک منطقه خاص جغرافیایی انجام شده است، برای تعمیم آن بررسی مشابه در کل کشور توصیه می شود.

تضاد منافع

نویسندگان این مقاله اعلام می دارند هیچ گونه تضاد منافعی وجود ندارد.

تقدیر و تشکر

بدین وسیله از زحمات اساتید محترم و پرسنل دانشگاه علوم پزشکی ایران، پرسنل مراکز بهداشتی شهری و روستایی شهرستان زنجان، سالمندان شرکت کننده در مطالعه و خانواده های آن ها و کلیه کسانی که ما را در اجرای این طرح یاری کردند، مراتب سپاس و قدر دانی را به عمل می آوریم.

References

1-Hatami H, Razavi S, Eftekhari Ardabili H, Majlesi F. Textbook of Public Health 3rd ed. Tehran: Arjomand; 2013.

2-Rashedi V. Measurement and modeling of inequalities in the elderly's health in Tehran: University of Social Welfare & Rehabilitation Sciences; 2017.

3-Joghataei MT, Nejati V .Assessment of health status of elderly people in the city of Kashan. Iranian Journal of Ageing. 2006;1(1):3-10.

4-Mirzaie M, Darabi S. Population aging in Iran and rising health care costs. Iranian Journal of Ageing. 2017;12(2):156-69.

5-von Wichert P .The importance of atmospheric heat waves for health service in already altered people. Medizinische Klinik. 2008;103(2):75-9.

6-Afshar PF, Asgari P, Shiri M, Bahramnezhad F. A review of the Iran's elderly status according to the census records. Galen Medical Journal. 2016;5(1):1-6.

7- Kahrazei F, Akbarizadeh A. Comparison of the general health and happiness of the elderly living in nursing homes, private homes with and without family-based rehabilitation Services. Journal of Gerontology. 2020 Jan 10;4(3):56-67.

8-Khesali Z. The effect of "Tai Chi Chuan" on Depression and Anxiety level among elderly women who are the members of tehran's industry oil retirees club in2014: University of Social Walfare and Rehabilitation; 2015.

9-Mohamadabad M, Hoseinzade Y. The Role of Health Locus of Control in Predicting Depression Symptoms in a Sample of Iranian Older Adults with Chronic Diseases. Journal of Geriatric Nursing. 2016;2(4):35-48.

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-20]

[DOI: 10.18502/tbj.v21i5.11752]

10-Lavretsky H, Alstein LL, Olmstead RE, Ercoli LM, Riparetti-Brown M, Cyr NS, et al. Complementary use of tai chi chih augments escitalopram treatment of geriatric depression: a randomized controlled trial. The American Journal of Geriatric Psychiatry. 2011;19(10):839-50.

11-Azemi S. The dimensions of job stress and its relationship with general health and self-efficacy of nurses working in teaching hospitals in the city of Tabriz-. Tabriz: Tabriz University of Medical Sciences; 2016.

12-SabaghiQomi T ,Jadid-Milani M, Pishgooei SA, Akhoundzae K. Comparing General Health of Active and Inactive Elderly Women in Qom. Iranian Journal of Nursing Research. 2019;14(2):1-6.

13-Malakouti K, Fathollahi P, Mirabzadeh A, Salavati M, Kahani S. Validation of Geriatric Depression Scale (GDS-15) in Iran. Pejouhesh dar Pezeshki (Research in Medicine). 2006;30(4):361-9

14- Shardi Manaheji F. Study of Relationship between Parent Media literacy and Virtual Network Dependency among Students 6-19 year old in Zanjan Schools: (2018). Tabriz University of Medical Sciences, Faculty of Health; 2019.

15-Hosseini Moghaddam F, Amiri Delui M, Sadegh Moghadam L, Kameli F, Moradi M, Khajavian N, et al. Prevalence of Depression and its Related Factors during the COVID-19 Quarantine Among the Elderly in Iran. Salmand: Iranian Journal of Ageing. 2021;16(1):140-51.

16-Saeidimehr S, Geravandi S, Izadmehr A, Mohammadi MJ. Relationship Between the "Quality of Life" and Symptoms of Depression Among Older Adults. Salmand: Iranian Journal of Ageing. 2016;11(1):90-9.

17-King AC, Pruitt LA, Phillips W, Oka R, Rodenburg A, Haskell WL. Comparative effects of two physical activity programs on measured and perceived physical functioning and other health-related quality of life outcomes in older adults. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2000;55(2):M74-83.

18-Sajadi H, Mohaqeqi Kamal H, Vameghi M, Forozan AS, Rafei H, Nosratabadi M. Systematic Review of Prevalence and Risk Factors Associated With Depression and Its Treatment in Iranian Elderly. Salmand: Iranian Journal of Ageing. 2013;7(4):7-15.

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-20]

[DOI: 10.18502/tbj.v21i5.11752]

19-Allahyari E, Keramati M, Kamali M. Predicting Elderly Depression Prevalence in Different Iranian Ethnicities and Associated Factors. Salmand: Iranian Journal of Ageing. 2020;15(1):118-29.

20-Ghaderi S, Sahaf R, Mohammadi Shahbalaghi F, Ansari G, Gharanjic A, Ashrafi K, et al. Prevalence of Depression in Elderly Kurdish Community Residing in Boukan, Iran. Salmand: Iranian Journal of Ageing. 2012;7(1):57-66.

21-Mousavi SA, Aghayan S, Razavianzadeh N, Nourouzi N, Khosravi A. depression and general health status in type ii diabetic patients. knowledge and health. 2008;3.-:(۱)

22-Yaka E, Keskinoglu P, Ucku R, Yener GG, Tunca Z. Prevalence and risk factors of depression among community dwelling elderly. Archives of Gerontology and Geriatrics. 2014;59(1):150-4.

23-Eyigor S, Karapolat H, Durmaz B. Effects of a group-based exercise program on the physical performance, muscle strength and quality of life in older women. Arch Gerontol Geriatr. 2007;45(3):259-71.

24-Bagheri H, Sadeghi M, Esmaeili N, Naeimi Z. Relationship between spiritual health and depression and quality of sleep in the older adults in Shahroud. Journal of Gerontology. 2.٦٢-٥٥:(١)١;٠١٦

25-BehPajooh A, Soleymani S. The Relationship Between Sleep Quality and Depression in Older People Living in 3 Districts of Tehran, Iran. Salmand: Iranian Journal of Ageing. 2016;11(1):72-9.

26-Parsaie Rad E, Amir Ali Akbari S, Sadeghniiat K, Alavi Majd H. relationship between sleep disorder and pregnancy depression in primigravidae referring to health– treatment centers of ahvaz jundishapur university of medical sciences in 2010. journal of shahid sadoughi university of medical sciences and health services. 2011;19.(۷۹): ٤

27-Espiritu JRD. Aging-related sleep changes. Clinics in geriatric medicine. 2008;24(1):1-14.

28-Gharanjik A, Mohammadi Shahbolaghi F, Ansari G, Najafi F, Ghaderi S, Ashrafi K, et al. The Prevalence of Depression in Older Turkmen Adults in 1389. Salmand: Iranian Journal of Ageing. 2011;6(3):34-9.

29-Alipour F, Sajadi H, Forouzan A, Nabavi H, Khedmati E. The Role of Social Support in the Anxiety and Depression of Elderly. Salmand: Iranian Journal of Ageing. 2009.-۰:(۱)٤;

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-20]

[DOI: 10.18502/tbj.v21i5.11752]

30-Bakhtiyari M, Emaminaeini M, Hatami H, Khodakarim S, Sahaf R. Depression and Perceived Social Support in the Elderly. Salmand: Iranian Journal of Ageing. 2017;12(2):192-207.

31-Mckee MD, Cunningham M, Jankowski KR, Zayas L. Health-related functional status in pregnancy: relationship to depression and social support in a multi-ethnic population. Obstetrics & Gynecology. 2001;97(6):988-93.

32-Hurlbert JS, Acock AC. The effects of marital status on the form and composition of social networks .Social Science Quarterly. 1990;71(1):163.

33-Zeraat Herfeh F, Ahmadian Ranjbar R. Negative Consequences of COVID-19 Pandemic on the Life of the Elderly: A Qualitative Study. Aging Psychology. 2021;7(2):93-106.

34-khodabande F, nourbala A, kahani S, bagheri A. A Study on the Factors that Associated with Attempting Suicide in Middle and Old Age. quarterly journal of health psychology. 2012;1(1):81-92.

35-Ko S, Kua E, Chow M. Depression of young and elderly patients. Singapore medical journal. 1997;38 41-439(10).

36-Conwell Y, Brent D. Suicide and aging I: Patterns of psychiatric diagnosis. International psychogeriatrics. 1995;7(2):149-64.

37- Iliffe S, Manthorpe J. The prevention of suicide in later life: a task for GPs?. British Journal of General Practice. 2005;55(513):261-2.

38-Hu Y-H, Chou H-L, Lu W-H, Huang H-H, Yang C-C, Yen DH, et al. Features and prognostic factors for elderly with acute poisoning in the emergency department. Journal of the Chinese Medical Association. 2010;73(2):78-87.

39-Kumar PS, Anish P, George B. Risk factors for suicide in elderly in comparison to younger age groups. Indian journal of psychiatry. 2015;57(3):249.

40-Wongpakaran T, Wongpakaran N. Detection of suicide among the elderly in a long term care facility. Clinical interventions in aging. 2013;8:1553.

41-Rashid S, Kiani A, Khorramdel K, Mohammadnezhady B, Abdollahy B, Makaremi F. The relationship between perceived social support, perceived burdensomeness and thwarted belongingness with suicidal behavior in college students (the interpersonal-psychological theory for suicide). Pajoohande. 2016;21(4):192-8.

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-20]

[DOI: 10.18502/tbj.v21i5.11752]

42-Manzouri L, Babak A, Merasi M. The Depression Status of the Elderly and It's Related Factors in Isfahan in 2007. Salmand: Iranian Journal of Ageing. 2010;4(4):27-33

43-Alizadeh-Khoei M, Khosbin S, Khavarpour F. Assessing Quality of Life, Well Being and Depression Among Iranian Ederly in Australia. Salmand: Iranian Journal of Ageing. 2010;4(4):15-25

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-20]

[DOI: 10.18502/tbj.v21i5.11752]